

**Name** \_\_\_\_\_

**Vorname** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum** \_\_\_\_\_

**Heutiges Datum** \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, wir möchten Sie um einige Angaben bitten, um Sie optimal behandeln zu können. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

**Mit welchen Wünschen kommen Sie zu uns?**

\_\_\_\_\_

**Auf wessen Empfehlung kommen Sie zu uns?**

Hausarzt    anderer Arzt    Bekannte    Sonstige:

\_\_\_\_\_

**Ihre Körpergröße:** \_\_\_\_\_ cm

**Ihr Gewicht:** \_\_\_\_\_ kg

**Beruf:** \_\_\_\_\_

## 2. Medizinische Daten

Hausarzt/Gynäkologe: .....

Laborparameter:	Körpergröße .....	cm	Gewicht .....	kg
	BMI .....	kg/m <sup>2</sup>	Blutdruck .....	mmHg
	HbA1c .....	%		
	oGTT nüchtern .....	mg/dl		
	oGTT 1h-Wert .....	mg/dl	2h-Wert .....	mg/dl

### 3. PCO - Syndrom Systemanamnese

Mit welchen Wünschen kommen Sie zu uns?

.....

Wann war Ihre erste Regelblutung?

.....

Haben Sie regelmäßigen Zyklus?

- Nein
- Ja

Wenn nein, beschreiben Sie bitte Ihren Zyklus.

.....

Sind Ihnen schon mal folgende Veränderungen aufgefallen?

- Veränderungen der Haut
- Vermehrter Haarausfall
- Vermehrte Körperbehaarung

Ist bei Ihnen schon mal erhöhter Zucker gemessen worden?

- Nein
- Ja,.....

Ist bei Ihnen in der Familie Diabetes mellitus bekannt?

- Nein
- Ja, .....

Gibt es bei Ihnen in der Familie Frauen, die an PCO - Syndrom leiden?

- Nein
- Ja, .....

Sind bei Ihnen folgende Erkrankungen bekannt?

- Übergewicht
- Bluthochdruck
- Diabetes mellitus
- Schilddrüse
- Depressionen
- Allergien .....

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Medikament	Stärke	Morgens	mittags	Abends

Waren Sie schon mal schwanger?

- Nein
- Ja, zuletzt .....

Besteht aktuell ein Kinderwunsch?

- Nein
- Ja

Wenn ja, sind Sie in einer Kinderwunschlinik in Behandlung?

- Nein
- Ja, .....

Wie ausreichend fühlen Sie sich über das Erkrankungsbild des PCO – Syndoms aufgeklärt?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

gar nicht sehr gut

Welche Informationen wären noch hilfreich?

.....

Welche Behandlung haben Sie bereits bekommen?

.....

Welche Erwartungen und Ziele setzen Sie sich in Bezug auf Behandlung in unserer Praxis?

4. Ernährungs-/ Bewegungsanamnese

Wie gut fühlen Sie sich über ausgewogene, gesunde Ernährung aufgeklärt?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

gar nicht sehr gut

Welche Informationen fehlen Ihnen?

.....

Welche Lebensmittel bevorzugen Sie?

.....

Beschreiben Sie Ihren Gewichtsverlauf seit der Pubertät.

.....

Haben Sie schon mal versucht, Ihr Gewicht zu reduzieren? Bitte auch konkrete Maßnahmen nennen.

- Nein
- Ja, mit Erfolg .....
- Ja, mit mäßigem Erfolg.....
- Ja, jedoch Wiederzunahme.....

Woran ist das gescheitert?

.....

Möchten Sie aktuell an Ihrem Gewicht was verändern?

- Nein
- Ja

Welche Voraussetzungen für eine erfolgreiche Gewichtsabnahme müssen Ihrer Meinung nach erfüllt sein?

.....

Wie können wir Sie dabei unterstützen?

.....

Wieviel körperliche Bewegung haben Sie am Tag?

*bitte ankreuzen*



wenig

viel

Welche Sportaktivitäten betreiben Sie regelmäßig? (Wie oft am Tag/ pro Woche)

.....

Könnten Sie sich vorstellen, mehr Bewegung in Ihren Alltag zu integrieren?

.....

Ziel/ Wunschgewicht .....

Bis wann möchten Sie dieses Ziel erreichen?.....

## 5. Soziale Anamnese

Beruf.....

Hobbies/ Freizeitgestaltung:.....

Familienstand:

- ledig
- verheiratet
- feste Partnerschaft
- geschieden
- verwitwet

Lebensform:

- allein lebend
- Partnerschaft mit Kindern
- Partnerschaft ohne Kinder
- ohne Partner mit Kindern
- Wohngemeinschaft
- mit Eltern lebend

Kinderanzahl: .....

Kinderanzahl: .....